FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1947 **THESE** N° **562**

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

André DERENNE

Né le 10 Août 1922, à Fourchambault (Nièvre)

Présentée et soutenue publiquement le 3 juillet 1947.

ETUDE DE LA MORTINATALITE A LA MATERNITE DE L'HOPITAL SAINT-LOUIS EN 1946

CAUSES ET PROPHYLAXIE

Président : M. LEVY-SOLAL, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1947

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : DERENNE.

Prénom : André.

Date de soutenance : 3 Juillet 1947.

Numéro d'ordre : .....

(Ces deux mentions seront complétées par le Service de la Bibliothèque).

DERENNE (André). — Etude de la mortinatalité à la maternité de l'hôpital St-Louis en 1946. Causes et prophylaxie. Paris, Imp. R. Foulon, 1947, *in*-8°, 63 *p.*, 2 *fig.*

(*Thèse Médec.* (*Etat*), *Paris* 1947, *N°* .....).

DERENNE (André). — Etude de la mortinatalité à la maternité de l'hôpital St-Louis en 1946. Causes et prophylaxie. Paris, Imp. R. Foulon, 1947, *in*-8°, 63 *p.*, 2 *fig.*

(*Thèse Médec.* (*Etat*), *Paris* 1947, *N°* .....).

DERENNE (André). — Etude de la mortinatalité à la maternité de l'hôpital St-Louis en 1946. Causes et prophylaxie. Paris, Imp. R. Foulon, 1947, *in*-8°, 63 *p.*, 2 *fig.*

(*Thèse Médec.* (*Etat*), *Paris* 1947, *N°* .....).

DERENNE (Audré). — Etude de la mortinatalité à la maternité de l'hôpital St-Louis en 1946. Causes et prophylaxie. Paris, Imp. R. Foulon, 1947, *in*-8°, 63 *p.*, 2 *fig.*

(*Thèse Médec.* (*Etat*), *Paris* 1947, *N°* .....).

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1947 **THESE** N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

André DERENNE

Né le 10 Août 1922, à Fourchambault (Nièvre)

Présentée et soutenue publiquement le 3 juillet 1947.

ETUDE DE LA MORTINATALITE A LA MATERNITE DE L'HOPITAL SAINT-LOUIS EN 1946

CAUSES ET PROPHYLAXIE

Président : M. LEVY-SOLAL, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1947

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

DOYENS HONORAIRES :

MM. Balthazard, Baudouin

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. Aubertin, Balthazard, Basset, Baudouin, Brindeau, E. Brumpt, Carnot, Chevassu, Chiray, Clerc, Delbet, Guillain, Hartmann, Heitz-Boyer, Laignel-Lavastine, Laubry, Lemierre, Lhermitte, Loeper, Marion, Mathieu, Mulon, Ombrédanne, Rouvière, Sannié, Sébileau, Sézary, Tanon.

DOYEN. . . . . Léon BINET
Membre de l'Institut

ASSESSEUR . . . . . Jean VERNE

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	OLIVIER (E.)
Anatomie pathologique.	LEROUX (R.)
Assistance Médico-Sociale	N...
Bactériologie	GASTINEL (P.)
Biologie médicale.	VERNE (J.)
Chimie médicale	POLONOVSKI (M.)
Clinique de cardiologie	DONZELOT (E.)
Cliniques chirurgicales	BROCQ (P.)
	CADENAT (F.-M.)
	MONDOR (H.)
	QUENU (J.)
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie . .	N...
Clinique chirurgicale orthopédique	MERLE D'AUBIGNE (R.)
Clinique gynécologique	MOCQUOT (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques . .	GOUGEROT (H.)
Clinique des maladies des enfants	DEBRE (R.)
Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale .	DELAY (J.)
Clinique des maladies du sang	CHEVALLIER (P.)
Clinique des maladies du système nerveux	ALAJOUANINE (T.)
Cliniques médicales	BENARD (H.)
	LAROCHE (G.)
	HARVIER (P.)
	LIAN (C.)
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR VALLERY-RADOT (L.)
Clinique de Neuro-chirurgie	PETIT-DUTAILLIS (D.)
Cliniques obstétricales	LANTUEJOUL (P.)
	LEVY-SOLAL (E.)
	PORTES (L.)
Clinique ophtalmologique	VELTER (E.)
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE (F.)
Clinique physio-pathologique des problèmes alimentaires (*chaire à titre personnel*)	RICHET (C.)
Clinique psychiatrique infantile	HEUYER (C.)
Clinique de puériculture	LELONG (M.)
Clinique stomatologique	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE (J.)
Clinique thérapeutique médicale	CHABROL (E.)
Clinique de la Tuberculose	BERNARD (E.)
Clinique urologique	FEY (B.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BARIETY (M.)
Histologie	CHAMPY (C.)
Hydrologie thérapeutique et climatologie	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA (J.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (G.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R.)

	MM.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	DE GAUDART D'ALLAINES (F.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	LEMAIRE (A.)
Pathologie médicale	MOREAU (R.)
Pathologie et thérapeutique générales	DE GENNES (L.)
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD (R.)
Physiologie	BINET (L.)
Physique médicale	STROHL (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Rhumatologie	COSTE (F.)
Technique chirurgicale	MOULONGUET (P.)
Thérapeutique	TURPIN (R.)

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. BULLIARD (*Histologie*), CORDIER (*Anatomie*), DOGNON (*Physique médicale*), HALPHEN (*O. R. L.*), JAYLE M. (*Chimie médicale*), Mlle J. LEVY (*Pharmacologie*).

II. — AGREGES EN EXERCICE

	MM.
Anatomie	N...
	DELMAS.
	N.. ff DEBEYRE.
Anatomie pathologique	DELARUE
	Mlle GAUTHIER-VILLARS.
Bactériologie	BONNET.
	FASQUELLE.
Biochimie méd.	ETTORI.
	SCHAPIRA.
Dermato-syphiligraphie	DEGOS.
Histologie	COUJARD.
	DESCLAUX.
Hydrologie	DEBRAY.
Hygiène	BOYER.
	DEPARIS.
Médecine légale	DEROBERT.
Neuro-chirurgie	PUECH.
Neurologie	DE SEZE.
Obstétrique	DIGONNET.
	MAYER.
	SUREAU.
	VARANGOT.
Ophtalmologie	OFFRET.
Oto-rhino-laryngologie	AUBIN.
Parasitologie	BRUMPT L.-G.
Pathologie chirurgicale	FEVRE.
	HUGUIER.
	LEGER.

	MM.
Pathologie chirurgicale	PADOVANI.
	PATEL.
	ROUX.
	RUDLER.
	SICARD.
	N...
Pathologie expérimentale	MERKLEN.
Pathologie médicale	BROUET.
	CACHERA.
	DECOURT.
	DREYFUS (Gilbert).
	FAUVERT.
	GARCIN.
	HAMBURGER.
	KOURILSKY.
	LAMY.
	LENEGRE.
	MARCHAL.
	MAURIC.
	SOULIE.
Pédiatrie	LAPLANE.
	MARIE (Julien).
Pharmacologie	CHEYMOL.
Physiologie	BARGETON.
	PARROT.
Physique médicale	DJOURNO.
Psychiatrie	BARUK.
Thérapeutique Agr. ch. d'ens.	BROUET.
Urologie	COUVELAIRE R.

III. — PROFESSEURS HONORAIRES ET AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM. BASSET (*Pathologie chirurgicale*), BRINDEAU (*Obstétrique*), GATELLIER (*Clinique chirurgicale*), HUGUENIN (*Anatomie pathologique*), LE LORIER (*Obstétrique*), VAUDESCAL (*Obstétrique*).

IV. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

	MM.
Clinique chirurgicale	AMELINE. FUNCK-BRENTANO. MENEGAUX.
Clinique médicale	BOULIN. HAGUENAU. MOUQUIN.

	MM.
Clinique obstétricale	ECALLE. LACOMME.
Clinique ophtalmologique	RENARD.

	MM.
Secrétaire de la Faculté	J. MOREL.
Secrétaire-adjoint	Mlle CHAINTREUIL.

Bibliothécaire en Chef ..	Dr A HAHN.
Bibliothécaires	Mlles DUMAITRE, GOICHON, LAURENT.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A Monsieur le Professeur LEVY-SOLAL

Professeur de Clinique Obstétricale
Accoucheur des Hôpitaux
Officier de la Légion d'Honneur
Croix de Guerre

Qui a bien voulu présider notre thèse et nous éclairer de ses conseils.

Nos respectueux sentiments.

A Monsieur le Docteur DIGONNET

Qui suggéra cette thèse et nous apporta un précieux appoint dans l'accomplissement de notre tâche.

A Monsieur le Docteur GIMBELLOT

Qui guida nos premiers pas en chirurgie.

A Monsieur le Docteur DESPLAS

A Monsieur le Docteur MICHON

A Monsieur le Docteur MARQUEZY

MES MAITRES D'EXTERNAT

ET

A TOUS NOS MAITRES DES HOPITAUX

A qui nous adressons ici le témoignage de notre reconnaissance.

INTRODUCTION

La mortinatalité et la recherche de son étiologie, constitue l'un des problèmes médico-sociaux d'actualité dont l'importance n'a pas échappé à tous ceux — tant accoucheurs ou pédiatres que sociologues — qui se sont attachés à analyser cette question à une époque où — mis à part les chiffres encourageants de ces deux dernières années le rapport naissance/décès, demeurait en constante décroissance.

Le problème est certes d'importance, puisque dans une communication faite à l'Académie de Médecine en 1937, LESAGE et MOINE, donnaient le chiffre de trente-six mort-nés sur mille naissances, et d'autre part, soixante-dix décès d'enfant sur mille avant un an. Ces taux importants expliquent les nombreuses lois successivement édictées par nos dirigeants pour tenter de les réduire, et il va de soi que, bien qu'il ne s'agisse pas d'un problème strictement médical, le médecin se doive d'éclairer le législateur et d'orienter de ses conseils l'économie politique.

Notre étude, basée sur un certain nombre de cas observés dans notre service, envisagera exclusivement les fœtus morts à la naissance, ainsi que les enfants ayant vécu moins de vingt-quatre heures.

Avant d'aborder le fond de notre sujet, nous essaierons d'une part de définir, le mort-né et d'autre part d'exposer brièvement quels sont les divers aspects sous lesquels se présente le fœtus mort-né, l'aspect extérieur

variant en effet beaucoup suivant qu'il s'agit d'un fœtus mort depuis peu ou au contraire de fœtus morts *in utero* depuis un temps déjà plus ou moins long.

La définition du mort-né a toujours suscité de nombreuses discussions, et ce terme a souvent été interprété de façon assez dissemblable. En France, on considère généralement comme mort-né l'enfant qui a succombé avant la déclaration à l'état-civil, celle-ci pouvant n'être faite que trois jours après la naissance. Par ailleurs, le comité d'experts de la Société des Nations admettait que :

« — un mort-né est un fœtus viable dont la respiration pulmonaire ne s'établit pas, la mort pouvant survenir avant, pendant ou après l'accouchement ».

« — un fœtus viable est le produit qui excède vingt-huit semaines ». La loi Française elle, nous le savons, considérant le fœtus comme viable à partir du sixième mois.

Dans les cas litigieux enfin, en cas par exemple d'imprécision quant à la date des dernières règles, nous pourrions nous baser sur le poids du fœtus d'après les chiffres que nous donne le Professeur JEANNIN, soit :

à 6 mois	1.000 grammes
à 6 mois 1/2	1.400 grammes
à 7 mois	1.700 grammes
à 7 mois 1/2	1.900 grammes
à 8 mois	2.150 grammes
à 8 mois 1/2	2.500 grammes

Quoi qu'il en soit, nous aurons en vue dans notre étude, suivant en cela la loi française, les fœtus morts à partir du sixième mois, et cette étude nous permettra de passer en revue les divers aspects présentés par le mort-né.

Il est devenu classique de décrire — en ce qui concerne les mort-nés récents — deux formes bien spé-

ciales : la forme bleue et la forme blanche. La forme bleue où l'enfant présente un état de cyanose généralisée est la forme asphyxique liée à une insuffisance marquée, voire même à une suppression des échanges gazeux fœto-maternels, résultant, soit d'un décollement placentaire, soit plus souvent d'un obstacle quelconque apporté à l'une des deux circulations, surtout après rupture des membranes, compression du cordon, après contracture utérine, lenteur d'expulsion.

La forme blanche, où l'enfant est pâle, d'un blanc cireux, représente la forme syncopale, que l'on rencontre essentiellement dans les cas de lésions graves portant sur la boîte crânienne, non pas tant les lésions extérieures visibles telles que distorsions, enfoncements, fractures, que les lésions des centres nerveux sous-jacents et plus spécialement hémorragie méningée traumatique, après un acouchement laborieux à travers un bassin rétréci, une application de forceps, une extraction de siège ou une version difficile.

Cette distinction en deux formes, bleue et blanche demeure assurément quelque peu schématique et toute un gamme de formes mixtes où la pâleur du choc s'allie à la cyanose, constitue le pont entre ces deux extrêmes avec possibilité constante de passage de l'un à l'autre.

Les fœtus morts depuis longtemps, et retenus *in utero,* présentent à l'opposé des caractères anatomo-pathologiques bien différents. Si la momification, sorte de dessiccation du fœtus, s'observant au cours des troisième et quatrième mois de la vie intra-utérine sort du cadre de la question, la macération du fœtus au contraire retiendra davantage notre attention. Observée lorsque la mort surprend le fœtus à partir du terme de cinq mois, elle présente l'aspect bien connu du décollement épidermique par lambeaux laissant le derme à nu, de la flaccidité extrême avec atrophie générale

tant du fœtus que du placenta. Cette mort du fœtus après le cinquième mois relève, nous le verrons, de causes multiples, au premier rang desquelles se place la toxémie gravidique et surtout la syphilis.

OBSERVATIONS

Avant d'aborder l'étude des grandes causes de mortinatalité et d'opérer une classification, nous exposerons un certain nombre d'observations recueillies dans notre service, choisies parmi les plus démonstratives.

OBSERVATION N° 1

Mme H..., âgée de vingt-huit ans a contracté la syphilis en 1936, c'est-à-dire dix ans avant la grossesse actuelle. L'accident primaire était un chancre de la grande lèvre droite qui fut traité normalement à l'Hôpital Saint-Louis par des séries de Novar et de Bivatol. Le B. W. très fortement positif en 1936 ne redevient négatif qu'en 1940. En 1944 une première grossesse est menée à bien et la femme accouche normalement d'un enfant à terme de 4 kgs, bien portant. Un traitement intensif avait d'ailleurs été institué au cours de cette grossesse. La deuxième grossesse actuelle s'est déroulée normalement, la femme a été une nouvelle fois soumise à un traitement. Au septième mois, tous les examens apparaissent normaux : urines normales, tension artérielle à 12-8, Bordet-Wassermann négatif. A son entrée dans le service, la femme présente quelques douleurs espacées. A l'examen, la positon du fœtus paraît banale : présentation céphalique, dos à droite, mais fait capital, les bruits du cœur ne sont pas perçus chez ce fœtus à terme, de grosseur moyenne puisque la hauteur utérine est de 34 centimètres. Le col est à ce moment perméable au toucher vaginal. Ce n'est que le surlendemain de l'entrée de la femme, que le travail se déclenche : la dilatation

est assez rapide, et après rupture tempestive des membranes qui donne issue à un liquide amniotique très teinté, on précise l'état de la présentation : le crâne apparaît mou avec des sutures larges. Après quelques efforts expulsifs, la femme accouche aisément d'une fille née morte macérée pesant 2.900 grammes. Dans les délais habituels ,on opère la délivrance qui apparaît complète, pesant 470 grammes, n'entraînant donc pas de disproportion dans le rapport fœto-placentaire. Les membranes sont sensiblement normales ,mais le cordon dont l'insertion est en raquette apparaît macéré.

En résumé, naissance au terme d'une seconde grossesse d'un mort-né macéré chez une syphilitique déjà ancienne et malgré un traitement intensif et semble-t-il bien conduit.

OBSERVATION N° 2

(Mme B...). Il s'agit d'une seconde-pare de trente-cinq ans, ayant été suivie dans le service au cours de sa grossesse, et qui arrive en salle de travail au terme de sept mois et demi, à dilatation complète, une bosse séro-sanguine importante apparaissant à la vulve à la suite d'efforts expulsifs. Les bruits du cœurs ne sont pas perçus.

En 10 minutes, la femme accouche aisément d'un garçon mort-né et macéré, pesant 1.230 grammes, dégagé en occipito-pubienne.

L'examen du placenta et des membranes, après délivrance naturelle complète, note l'existence d'anomalies importantes :

— le placenta de 220 grammes est pâle, dur, irrégulier, présentant de profonds sillons, et surtout plusieurs infarctus noirâtres.

— le cordon apparaît infiltré, chocolaté, d'insertion excentrique.

— la mensuration des membranes (4 et 18 centimètres) révèle une insertion basse du placenta.

L'existence de ce placenta truffé oriente d'emblée vers une

auto-intoxication gravidique que l'étude des antécédents et de l'évolution de la grossesse va pouvoir préciser.

Si les antécédents héréditaires, physiologiques et pathologiques ne révèlent rien de bien particulier, on relève par contre la survenue d'une crise éclamptique après un accouchement au terme de huit mois en 1943, — accouchement par ailleurs normal — d'un garçon de 2 kgs vivant et bien portant.

Les examens pratiqués de mois en mois au cours de la grossesse avaient montré :

— la présence constante d'albumine dans les urines;

— l'existence d'une tension artérielle élevée, d'ailleurs variable : 15-10 au cinquième mois; 20-11 au sixième mois, malgré l'application d'un régime déchloruré.

L'étude des suites de couches va montrer la persistance de cet état d'intoxication gravidique.

Après l'expulsion du fœtus, la T. A. est à 17-10 $\frac{1}{2}$, mais l'isolement de la femme ,l'application de la diète suivie d'un régime lacté intégral apporte une amélioration rapide, non pas tant des signes fonctionnels et généraux qui n'ont jamais été très marqués, que des signes physiques eux-mêmes : état de la tension artérielle et quantité d'albumine par litre, dont le tableau s'établit comme suit :

Premier jour après l'accouchement :
T. A. : 16$\frac{1}{2}$-9
Albumine : 1 gr.

Deuxième jour après l'accouchement :
T. A. : 16-9
Albumine : 0,80 gr.

Quatrième jour après l'accouchement :
T. A. : 14-8
Albumine : 0,50 gr.

Cinquième jour après l'accouchement :
T. A. : 13,5-9,5
Albumine : 0,25 gr.

Septième jour après l'accouchement :
T. A. : 13-11
Albumine : 0,25 gr.

Neuvième jour après l'accouchement :
T. A. : 11,5-9
Albumine : 0,25 gr.

Par ailleurs, le dosage d'urée montre un chiffre à 0,21 gr.‰. Un examen de fond d'œil, pratiqué le lendemain de l'accouchement révèle :

— un très léger œdème rétinien;
— un flou papillaire;

mais pas de lésions des vaisseaux, pas de rétinite albuminurique.

La femme sort au dixième jour, présentant un bon état général.

Il s'agit donc en définitive d'une mort fœtale consécutive à une toxémie gravidique :

— existence d'une albuminurie gravidique ayant entraîné des lésions au niveau de l'œuf, en particulier dégénérescence placentaire ayant considérablement réduit le champ de l'hématose fœtale.

Il n'existe pas par ailleurs d'autres causes pouvant expliquer la mort du fœtus *in utero* :

— absence d'antécédents suspects de syphilis;
— B. W. négatif;
— aucune maladie infectieuse;
— aucune affection des voies génitales;
— aucune malformation utérine.

OBSERVATION N° 3

Mme H..., âgée de quarante-et-un ans, grande multipare, entre dans le service le 18 décembre à 22 heures, envoyée de ville par son médecin pour une hémorragie.

Les renseignements recueillis sur les antécédents de cette

femme sont les suivants : parmi les antécédents héréditaires, un cancer chez la mère, une urémie chez le père ont entraîné l'exitus; deux frères sont bien portants.

— Le procréateur âgé de quarante-trois ans est également bien portant.

Parmi les antécédents physiologiques et pathologiques on ne retrouve rien de particulier.

L'histoire obstétricale de cette femme se résume par ailleurs comme suit :

1°) En 1926, accouchement normal à terme d'une fille bien portante pesant 2.800 grs, suivie d'une délivrance normale.

2°) En 1928, accouchement normal à terme d'un garçon bien portant pesant 3.000 grs, suivi là aussi d'une délivrance normale.

3°) En 1933, accouchement identique d'un garçon à terme pesant 3 kgs.

4°) En 1936, accouchement prématuré au terme de six mois, d'une fille ayant vécu 15 minutes, suivi de délivrance normale.

5°) En 1939, accouchement à terme d'une fille bien portante, pesant 3.100 grs.

6°) En 1941, accouchement à terme d'une fille bien portante pesant 2.800 grs, avec délivrance normale.

Il s'agit donc là d'une septième grossesse au huitième mois — puisque les dernières règles datent du 2 au 6 avril —, dont l'évolution était apparue normale. Un fait important est cependant signalé : il existe de l'albumine dans les urines à des examens successifs, et la tension artérielle s'est relevée sensiblement au-dessus de la normale à 16-12.

Cette femme arrive dans le service vers 22 heures, nous l'avons dit, pour hémorragie. On apprend que cette hémorragie avait débuté dans l'après-midi vers 13 h. 30 et que la femme a cessé de percevoir les mouvements fœtaux une heure après le début de cet accident.

L'examen général découvre d'emblée :

a) un syndrome de choc marqué :

— pâleur, refroidissement des extrémités, légères sueurs, un certain degré d'obnubilation, un pouls difficilement perceptible, des pupilles en myosis.

b) une hémorragie externe très abondante de sang alternativement rouge et noir.

On ne découvre par contre ni troubles sensoriels, ni œdèmes au niveau des membres inférieurs. L'examen local découvre :

a) au palper, un utérus haut de 36 centimètres, latéro-versé, dur, tendu presque en permanence, douloureux dans son ensemble sans zone élective. Il semble s'agir d'une présentation du siège très élevée au-dessus du détroit supérieur, avec dos à droite. Les bruits du cœur ne sont pas perçus.

b) Au toucher vaginal, on perçoit à bout de doigt le col plaqué sous la symphyse pubienne, perméable mais non dilaté, donnant accès sur une poche des eaux tendue; mais ce qui attire surtout l'attention, c'est la dureté ligneuse et la sensation de spasme s'étendant sur tout le segment inférieur accessible au doigt.

Enfin, fait capital, l'examen des urines montre une prise en masse du tube. Devant de tels symptômes :

— choc hémorragique;

— contracture utérine;

—albuminurie massive avec tension élevée, le diagnostic s'impose : il s'agit d'un hématome rétro-placentaire.

A 23 heures, on pratique une rupture sous valve de la poche des eaux; il s'écoule un liquide clair, abondant; on donne des tonicardiaques, on pratique une injection de morphine et l'on installe un goutte à goutte sous-cutané de 500 cm3 tandis que l'on réchauffe la femme. La présentation demeure élevée, paraissant être cependant un siège décomplété.

Vers minuit, on note l'apparition de contractions utérines de 30 secondes, toutes les minutes environ, avec bon relâchement intercalaire de l'utérus. L'hémorragie de sang rouge foncé se poursuit de façon intermittente, et l'on ne constate que peu de modifications au toucher vaginal : la présentation demeure très élevée, tandis que la dilatation ne s'opère pas. On renouvelle l'injection de morphine.

A 2 h. 30, le 19 décembre, la dilatation est complète et l'on perçoit un siège en SIDT, décomplété mode des fesses. La femme précente des efforts expulsifs et accouche sans grosses difficultés d'un garçon né mort pesant 2.630 grs, présentant une marbrure des téguments et une hépatomégalie notable. Aussitôt après l'accouchement, la femme expulse un volumineux caillot de 210 grs. Après les délais réglementaires, on pratique une délivrance naturelle. Le placenta, pesant 470 grs, présente sur sa face utérine une large zone représentant les deux tiers de cette face environ, très légèrement déprimée en cupule, remplie par un caillot pesant 170 grs; à ce niveau, le tissu placentaire est plus épais et présente un aspect uniformément lisse contrastant avec le reste du placenta. L'état des membranes est par contre satisfaisant; le petit côté est supérieur à 10 centimètres.

Après la délivrance, l'état général de la femme apparaît satisfaisant; le faciès est bon, le pouls à 90. L'hémorragie a cessé, et le palper note l'existence d'un bon globe utérin. Seule la tension se maintient à des chiffres élevés aux environs de 17. Un examen de fond d'œil pratiqué, découvre des pupilles œdémateuses et saillantes, mais pas d'exsudats ni hémorragies. Efin, une urée à 0,64 gr/litre, met sur la voie d'une néphrite chronique azotémique antérieure.

Il s'agit donc en définitive d'une femme ayant présenté un hématome rétro-placentaire, à la fin de sa grossesse avec hémorragie très importante, accident secondaire à l'albuminurie massive observée, et suffisant pour expliquer la mort du fœtus par insuffisance d'hématose et asphyxie. Il n'est pas douteux d'ailleurs que l'existence d'un certain degré de néphrite antérieure ait joué un rôle, avec l'intoxication gravidique pure dans le déterminisme de ces accidents.

OBSERVATION N° 4

Mme F..., primipare de vingt-cinq ans, est envoyée de ville après deux crises d'éclampsie successives.

Rien de particulier n'est signalé dans les antécédents de cette malade; le procréateur est lui-même bien portant. D'après les règles, la femme est au septième mois de sa grossesse. A l'examen d'entrée, le 5 mars à 22 heures, on est frappé d'emblée par l'importance des œdèmes, plus particulièrement au niveau de la vulve et des membres inférieurs. Par ailleurs, la hauteur utérine est de 28 cm., et la position du fœtus normale : présentation céphalique, dos à gauche; les bruits du cœur ne sont pas perçus.

Au toucher vaginal, on découvre un col mou, perméable au doigt, une présentation céphalique élevée. L'existence d'antécédents éclamptiques récents, avec grosse diminution des fonctions psychiques, une tension artérielle à 18-12, font appliquer un traitement immédiat : saignée de 300 grammes, sérum glucosé intraveineux, morphine. Malgré cela, la femme fait une nouvelle crise éclamptique, suivie de vomissements.

Le lendemain 6 mars, la tension demeure toujours élevée à 16-10; les urines sont diminuées, et le tube d'Esbach montre une albuminurie importante à 7 grammes. Le taux de l'urée sanguine est normal à 0,32 grs, de même que l'examen du fond d'œil.

Le 7 mars, l'état demeure stationnaire du point de vue tensionnel, les chiffres se maintenant durant toute la journée entre $16\frac{1}{2}$ et $17\frac{1}{2}$; seule une amélioration des fonctions psychiques est constatée.

Le 8 mars à 21 heures, on note un début de travail : le col, incomplètement effacé, est dilaté à 1 fr.; les membranes sont intactes et l'on perçoit une présentation céphalique mobile. Les bruits du cœur ne sont pas perçus. La température demeure normale à 37°2.

A 21 h. 30, la rupture spontanée des membranes donne issue à un liquide amniotique clair. La dilatation progresse et à 23 heures, se produit l'expulsion rapide d'un fœtus macéré, pesant 1.900 grammes.

La délivrance s'opère dans les délais normaux, sans difficultés; le placenta pesant 300 grs, ne présente aucune particularité.

Le 9 mars, la femme présente une diurèse satisfaisante, un état général nettement amélioré, quoique la tension artérielle présente encore des chiffres assez élevés comme l'indique le tableau suivant :

3 heures :	14½ - 9½	15 heures :	17 - 11
6 heures :	15 - 10	18 heures :	16 - 10½
9 heures :	15 - 10	21 heures :	15 - 10
12 heures :	17 - 11	24 heures :	15 - 10

Le lendemain 10 mars, l'amélioration progresse avec les chiffres suivants :

3 heures :	15 - 10	15 heures :	14½ - 10
6 heures :	15 - 11	18 heures :	14 - 9
9 heures :	14½ - 10	21 heures :	14 - 10
12 heures :	14½ - 10		

Cette observation résume un cas d'intoxication gravidique dont les principales manifestations furent les trois crises d'éclampsie subies par la femme dans un très court laps de temps, intoxication ayant entraîné la mort du fœtus *in utero,* mais n'ayant pas eu de conséquences graves pour la mère. Certains éléments d'ailleurs : âge avancé de la grossesse, mort du fœtus, nombre peu élevé des accès, température et pouls normaux, auraient pu laisser prévoir cette issue favorable du point de vue maternel.

OBSERVATION N° 5

Mme T..., primipare de vingt-six ans, entre dans le service le 29 août à 21 heures, présentant quelques contractions utérines espacées.

D'après le calcul des dernières règles et d'après la hauteur utérine qui est de 35 centimètres, la femme est sensiblement à terme.

L'étude des antécédents ne montre rien de bien particulier :

— rien dans les antécédents héréditaires; le procréateur est bien portant;

— parmi les antécédents pathologiques, les maladies infantiles habituelles ,l'existence d'un léger goître.

L'examen à l'entrée montre :

— au palper, une tête en bas mobile, un dos à gauche;

— à l'auscultation, des bruits du cœur fœtal positifs;

— au toucher vaginal, un col perméable en voie d'effacement, une présentation élevée, mobile au-dessus du détroit supérieur; on atteint le promontoire à bout de doigt.

A 23 heures, on sent au toucher vaginal, une poche des eaux bombante; la présentation, difficile à préciser donne la sensation d'une surface irrégulière; une certaine rigidité secondaire par infiltration du col se manifestant; on pratique une spasmalgine, ce qui permet à la dilatation de se compléter.

A minuit, la rupture spontanée de la poche des eaux se produit à dilatation complète, donnant issue à un liquide très teinté. Les bruits du cœur sont cependant encore nettement perçus.

Au toucher, on reconnaît une présentation de la face, et l'on sent en arrière une masse mollasse de la grosseur d'une noix. La femme présente des efforts expulsifs, la descente de la tête se complète, le menton venant se placer sous le pubis. Mais parvenu à ce stade, on assiste à une inertie utérine presque totale qui conduit à une application de forceps facile. Le dégagement de la tête montre qu'il s'agit d'un anencéphale, présentant une tumeur angiomateuse au niveau du nez. Une fois la tête extraite, on se trouve devant l'impossibilité de dégager l'épaule antérieure; après épisiotomie préventive, on tente de dégager le bras postérieur, mais cette manœuvre se montrant très difficile, et d'une part en raison de la contracture utérine, d'autre part en raison de la non viabilité du fœtus, on décide de pratiquer une cléidotomie de l'épaule postérieure aux ciseaux de Dubois. Cette opération permet de dégager l'épaule postérieure, et l'on pratique alors une rotation du fœtus pour rendre postérieur le bras antérieur qui se dégage facilement. On extrait alors un garçon né mort, anencéphale, pesant 3.400 grammes.

Une heure et demie après l'extraction du fœtus, on est

appelé à faire une transfusion pour hémorragie de la délivrance et phénomènes de choc hémorragique probablement lié à un décollement partiel du placenta. Devant la persistance de l'hémorragie, on pratique une délivrance artificielle sous anesthésie. Après la délivrance, l'involution utérine s'effectue bien et l'hémorragie cesse. La numération globulaire pratiquée le lendemain montre un chiffre à 2.912.000 globules rouges, le chiffre des leucocytes étant normal.

Il s'agit donc en définitive, d'une malformation congénitale rendant impossible toute viabilité. Aucun antécédent n'est susceptible à premiée vue d'orienter vers l'étiologie de cette malformation; les antécédents héréditaires, physiologiques et pathologiques, semblent n'offrir rien de particulier. Les urines ont toujours été normales; enfin le B. W. est négatif.

OBSERVATION N° 6

Mme C..., Renée, primipare de vingt-et-un ans, entre à la Maternité le 21 février, porteuse d'une spécificité déjà traitée.

Enfin si l'étude des antécédents héréditaires et physiologiques, ne montre aucune particularité, on découvre par contre l'existence d'une syphilis et d'une gonococcie chez le procréateur, et d'autre part l'existence chez la femme elle-même d'une syphilis secondaire découverte fortuitement dans un service de dermatologie à l'occasion d'un prurit vulvaire pour lequel la femme était venue consulter. C'est en effet le 9 octobre 1945, qu'un examen local découvre des éléments de certitude : syphilides des grandes lèvres, avec gros œdème local, ulcération infectée au niveau du pli génito-crural, roséole, adénite inguinale, et qu'une réaction de Bordet-Wassermann se révèle fortement positive. Du 10 octobre au 26 décembre, un traitement d'attaque est institué : Novar : 0,30 à 0,90 gr x 3 + bivatol n° 7. C'est d'ailleurs au cours de ce premier examen que la grossesse est découverte, grossesse de 4 mois 1/2 environ avec hauteur utérine à 19 cm., col long ramolli, bruits du cœur non perçus. Les autres examens ne révèlent rien de particulier : pas d'albumine dans les urines,

tension à 11-7. Du 24 novembre au 26 décembre 1945, une nouvelle série est pratiquée : Novar 0,45 à 0,75 gr x 3 + bivatol n° 7.

Le 21 février, la femme consulte dans le service pour la pre mière fois après rupture de la poche des eaux survenue le matin à 8 heures. A 11 heures, l'examen pratiqué fournit les renseignements suivants : le pôle perçu au-dessus de la symphyse pubienne semble bien être une tête débordant franchement cette symphyse; le sillon du cou semble être à 18 centimètres au-dessus d'elle. Le dos est à droite et l'on perçoit les bruits du cœur. Au toucher vaginal, l'excavation est vide. Enfin une radiographie montre l'existence d'un fœtus hydrocéphale.

A 17 heures, la femme accuse des douleurs espacées irrégulières.

A 19 heures, on note la persistance de douleurs très irrégulières tandis que l'utérus apparaît tendu en permanence. Au toucher vaginal, on découvre un col épais, dilaté à un franc. On pratique alors une injection de spasmalgine.

A 21 h. 30, les douleurs cessent, mais l'utérus demeure très tendu.

A minuit, l'état apparaît inchangé.

Le 23 février, à 4 heures du matin, les douleurs reprennent irrégulièrement espacées, l'utérus étant toujours contracturé.

A 8 heures du matin, après une nouvelle injection de spasmalgine, les douleurs cessent, mais l'état de tension utérine est le même.

A 11 heures, l'examen montre un col épais, en situation antérieure et rétrosymphysaire dilaté à 5 frs. On sent le pôle céphalique qui donne l'impression d'une poche des eaux. Les bruits du cœur ne sont pas perçus. La femme présente à ce moment des pertes purulentes orientant vers un état infectieux certain que vient confirmer la température à 39°4 et le pouls à 124.

Etant donné d'une part le diagnostic de fœtus hydrocéphale porté antérieurement, d'autre part l'absence de bruits du cœur chez ce fœtus et l'état infectieux marqué de la femme, on décide

de pratiquer une perforation. Après désinfection locale, on pratique une crâniotomie à l'aide de ciseaux de Blot. Cette opération donne issue à un litre de liquide eau de roche, ce qui entraîne une nette diminution de la masse fœtale; la hauteur utérine descend de son chiffre initial de 37 à celui de 27 centimètres. A 13 h. 30, on note la réapparition de fortes contractures utérines espacées de 5 minutes et de durée égale à 1 ou 2 minutes. Au toucher vaginal, on trouve une dilatation inchangée à 5 frs; la matière cérébrale s'écoule progressivement.

Jusqu'à 22 h. 45, la dilatation se complète peu à peu sous l'influence de contractions durables et rapprochées, et l'on note à ce moment l'apparition d'efforts expulsifs. A 23 h. 30, la femme accouche d'un garçon hydrocéphale et présentant un bec de lièvre complet. La délivrance est normale.

En définitive, ce cas nous fournit un exemple de non viabilité fœtale par malformation congénitale, peut être liée dans le cas particulier à la syphilis évolutive contractée par la mère quoiqu'aucune étiologie absolue n'ait pu être liée jusqu'à présent à l'hydrocéphalie.

OBSERVATION N° 7

Mme G..., âgée de vingt-six ans, est envoyée par son médecin pour pertes séro-sanguinolentes durant depuis plusieurs semaines alors que d'après la date des dernières règles, la femme est au sixième mois de sa gestation. Ces pertes n'ayant jamais pris le caractère d'écoulement abondant sont à peu près continues, tachant presque quotidiennement les garnitures. La femme déclare avoir perdu les eaux quelques jours avant son entrée dans le service.

Un examen initial montre l'existence d'une hauteur utérine à 20 centimètres, d'un ballotement fœtal, de mouvements fœtaux actifs. On perçoit les bruits du cœur. Le toucher vaginal perçoit un col perméable à l'orifice interne. On remarque en outre une glande de Bartholin gauche augmentée de volume. La température est à 38°, les urines normales, mais on note la présence de taches purpuriques au niveau des membres inférieurs.

La femme est mise au repos, à l'isolement, avec un traitement anti-infectieux (6 grammes de thiazomide) qui fait céder la température; mais elle continue néanmoins à perdre du liquide séro-sanguinolent les deuxième et troisième jour de son entrée. Le quatrième jour la femme entre en travail :

— à 16 h. 30, le col est à 1 franc, épais; la tête est encore mobile. Les bruits du cœur sont bons.

— A 20 heures, la dilatation est complète et l'on note l'apparition d'efforts expulsifs.

— A 20 h. 15, l'accouchement se produit : naissance d'une fille au terme de six mois, qui crie et respire, pesant 1.060 grs. A 22 heures, l'enfant meurt.

Après délivrance naturelle, l'examen systématique du placenta et des membranes montre :

— un placenta de 320 grammes : placenta bordé significatif d'état endométritique;

— une caduque très épaissie;

— un cordon court d'aspect normal.

En résumé, le contexte clinique — apparition dès le quatrième mois de pertes séro-sanguinolentes qui persistent —, état subfébrile, rupture prématurée des membranes —, liée à l'existence d'un aspect caractéristique du placenta, suffisent à incriminer l'endométrite chronique ayant déclenché la naissance de cette prématurée à la limite de viabilité. Peut-on découvrir la cause de cette endométrite ? L'étude des antécédents ne relève rien de particulier. La femme a présenté trois accouchements normaux au cours des trois années précédentes : deux garçons et une fille sont bien portanst pesant respectivement 3.250, 3.500 et 3.500 grs; une seule particularité est notée : présence chez la fille d'angiomes confluents au niveau du thorax. Le procréateur, âgé de vingt-six ans est bien portant. Enfin le B. W. est négatif.

La femme quitte le service au sixième jour de son

accouchement, contre l'avis médical, après avoir été traitée pour poussée lymphangitique d'un sein.

Le tableau ci-dessous résume l'allure de l'état infectieux présenté par la femme.

OBSERVATION N° 8

Mme R..., primipare de vingt-huit ans, entre dans le service, envoyée de ville pour anomalie du travail : rupture prématurée de la poche des eaux, survenue 48 heures auparavant, irrégularité des contractions et non progression de la dilatation.

Rien de particulier n'est signalé dans les antécédents de cette femme. L'évolution de la grossesse actuellement à terme s'est faite sans incidents; les urines sont normales, la tension à $14\frac{1}{2}$-9; le B. W. s'est révélé négatif. L'examen pratiqué à l'entrée montre :

1° Au palper : une hauteur utérine de 38 centimètres, une tête en haut, un dos à droite.

2° A l'auscultation : on entend nettement les bruits du cœur fœtal.

3° Au toucher vaginal : on découvre un col mince et souple, une dilatation à 2 francs; les membranes sont rompues, et le

liquide qui s'écoule encore apparaît très teinté. Ce toucher permet de reconnaître une présentation du siège décomplété mode des fesses, non engagée. La concavité sacrée est normale, le promontoire non atteint; les parties molles s'avèrent résistantes.

4° L'examen général enfin découvre, outre un faciès un peu vultueux, l'existence d'une soif vive, une température à 38°5, un pouls à 116 bien frappé. On institue alors un traitement anti-infectieux : 500 cm3 de sérum sous-cutané; 25.000 unités de pénicilline toutes les trois heures.

Quelques heures après l'entrée de la femme, un nouvel examen montre un utérus tendu en permanence avec anneau de rétraction à la partie moyenne; la dilatation n'a pas sensiblement progressé, et surtout on ne perçoit plus les battements du cœur fœtal. Par ailleurs, la température se maintient à 38°6, le pouls à 100.

Devant de tels symptômes, imposant le diagnostic d'infection ovulaire ayant entraîné la mort fœtale, la terminaison immédiate de l'accouchement se trouve indiqué. L'extraction par les voies habituelles est rejetée en raison des risques qu'elle comporte (déchirure du col et du segment inférieur, importance des lésions vaginales et périnéales, probables). On se décide à pratiquer une césarienne par voie abdominale bien que l'enfant soit mort, césarienne sans hystérectomie du fait du jeune âge de la femme, mais avec exclusion du segment inférieur.

Après médiane sous-ombilicale, incision du péritoine pariétal puis du péritoine préutérin, on incise le corps utérin et l'on extrait l'enfant après abaissement d'un pied, opération assez difficile en raison de la contracture utérine. Au cours de l'extraction, il s'écoule un liquide d'aspect purulent très fétide. L'enfant pesant 4.000 grs, ne présente pas de battements cardiaques. La délivrance est pratiquée immédiatement, et après injection de 10 unités d'hypophyse et de 1 cm3 d'ergotine, on referme la paroi en trois plans après drainage en Michulicz. L'examen de la délivrance montre un placenta étalé de 690 grs, des membranes infiltrées et friables, un cordon excentrique également infiltré.

En résumé, l'étude de ce cas, nous montre l'état de danger constant que comporte une rupture prématurée des membranes avec anomalies de dilatation, puisque le gros risque est l'infection ovulaire pouvant entraîner comme dans le cas particulier la mort du fœtus.

OBSERVATION N° 9

Mme B..., quatrième pare de trente-huit ans, est transportée d'urgence dans le service pour procidence du cordon et apparition d'une main à la vulve après rupture artificielle de la poche des eaux, effectuées quatre heures auparavant.

A l'examen, on découvre outre la procidence d'une main et l'anse de 15 centimètres que forme le cordon infiltré et non animé de battements, une hauteur utérine de 23 centimètres, un utérus légèrement étalé transversalement, assez souple; on ne découvre pas de pôles et les bruits du cœur sont négatifs. Au toucher vaginal, la dilatation est complète, mais la présentation demeure inaccessible; le bassin apparaît normalement constitué. D'après ses règles enfin, la femme est enceinte de huit mois et demi, les examens d'urines pratiqués n'ont pas découvert d'albumine.

La femme est mise en position obstétricale et l'on pratique un toucher manuel qui précise la présentation du fœtus : il s'agit d'une présentation de l'épaule droite; la tête est perçue dans la fosse iliaque gauche. On pratique alors une version par manœuvres internes, en saisissant au niveau du fond utérin le pied droit ou pied antérieur que l'on transforme aisément en pied postérieur; l'évolution du fœtus est donc relativement aisée. Une heure après l'arrivée de la femme, on pratique l'extraction d'un fœtus mort, du sexe masculin, pesant 2.150 grs. La délivrance naturelle pratiquée 1/2 heure plus tard, montre :

— un placenta infiltré de méconium, pesant 480 grs;

— des membranes également infiltrées de méconium; la mensuration (25-3 cm.), révèle une insertion basse du placenta;

— un cordon flasque, grêle, infiltré.

En résumé, il s'agit là d'une version podalique pratiquée sur un fœtus mort en position transversale dorso-antérieure, et il vraisemblable que ce soit la procidence du cordon qui ait entraîné la mort de ce fœtus ayant déjà souffert — la rupture artificielle des membranes ayant, d'après l'interrogatoire montré un liquide amniotique purée de pois.

Quant aux causes de position transversale du fœtus et de présentation de l'épaule droite, elles semblent être multiples.

1. Il s'agit en premier lieu d'une multipare :

a) la première grossesse en 1928 donne lieu à un accouchement prématuré de huit mois, à la suite d'albumine massive (18 grammes), d'une fille pesant 3 kgs 250 qui vécut quatorze heures; la femme présenta plusieurs crises éclamptiques au moment de l'accouchement.

b) la deuxième grossesse aboutit à la naissance d'un garçon bien portant pesant 3 kgs.

c) la troisième en 1933, se termine par un accouchement naturel, avec légère hémorragie, d'un garçon bien portant pesant 3 kgs.

2. L'utérus apparaît légèrement étalé transversalement.

3. Il s'agit d'un petit fœtus (2 kgs 150), s'accomodant mal au détroit supérieur.

4. Le placenta présente une insertion basse au niveau du segment inférieur.

La femme ne se trouvait d'ailleurs pas en parfaite constitution physique puisque :

— au premier mois des hémorragies ont fait craindre un avortement;

— les mois suivants, la femme fut traitée pour aérophagie;

— au troisième et sixième mois l'examen systématiques des urines montre la présence d'albumine.

Enfin signalons qu'un B. W. pratiqué au cours de sa grossesse s'est révélé négatif.

OBSERVATION N° 10

Mme M..., Germaine, primipare de vingt-neuf ans, entre dans le service le 21 octobre, le terme étant légèrement dépassé puisque les dernières règles eurent lieu du 3 au 8 janvier.

L'étude des antécédents de cette femme ne révèle qu'un certain retard à l'âge des premiers pas (21 mois) et aux premières règles (16 ans). Le procréateur est bien portant, et l'on ne signale qu'une angine diphtérique dans les antécédents pathologiques de la femme.

L'évolution de cette première grossesse s'est faite normalement : urines, tension artérielle sont normales; le B. W. s'est révélé négatif. Le premier examen effectué dans le service donne les renseignements suivants :

— l'utérus présente une hauteur de 42 centimètres, donc nettement supérieure aux chiffres normaux; il est tendu en permanence ce qui rend la palpation difficile. On croit cependant pouvoir percevoir un pôle céphalique dans le fond de l'utérus.

— au toucher vaginal, la présentation peu accessible ne peut être déterminée avec précision. C'est alors qu'une radiographie impose le diagnostic : grossesse gemellaire avec les têtes au fond de l'utérus.

Le lendemain 22 octobre, on constate après la rupture de la poche des eaux, un début de dilatation qui se complète durant toute la journée si bien qu'un peu avant minuit le toucher vaginal montre une dilatation à grande paume tandis que l'on perçoit le pied droit dans le vagin. Les bruits du cœur sont positifs.

Le 23 octobre enfin, la dilatation est complète et la femme présente des efforts expulsifs.

A 9 h. 30, on pratique sans difficultés l'accouchement du premier jumeau en SIGT après épisiotomie préventive : fille vivante pesant 2.730 grs.

A 9 h. 45, la femme présente de nouvelles douleurs; on pratique alors la rupture de la poche des eaux; le liquide qui s'écoule est très teinté, purée de pois.

A 9 h. 50, on pratique l'accouchement du deuxième jumeau, siège décomplété en SIGT : il s'agit d'un garçon né mort, pesant 2.160 grs.

Enfin à 10 h. 20, on opère une délivrance naturelle, paraissant complète pesant 950 grs : l'examen de cette délivrance montre une seule masse placentaire divisée par un petit pont membraneux. Le cordon correspondant au deuxième jumeau apparaît infiltré.

Presque aussitôt après cette délivrance, la femme expulse de nombreux caillots mêlés de sang, pesant au total 300 grs. Dès lors, les suites de couches sont normalees.

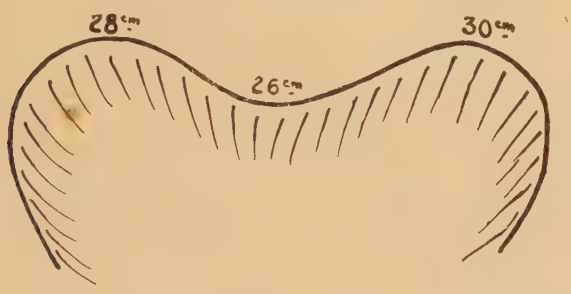
L'étude de ce cas a l'avantage de mettre en lumière les dangers que comporte tout accouchement gemellaire plus particulièrement chez la primipare en nous fournissant un exemple d'un accident relativement fréquent en pareil cas, le décollement prématuré du placenta entraînant au cours même du travail la mort du fœtus par asphyxie.

OBSERVATION N° 11

Mme P..., Lucienne, est une primipare de trente-deux ans, chez qui les antécédents héréditaires, physiologiques et pathologiques ne révèlent rien de particulier. Par contre, on apprend que deux gestations antérieures n'ont pu être menées à bien; la première se terminant en décembre 1945 par un avortement spontané de trois mois, non suivi de curettage; la seconde interrompue en février 1946 par une fausse-couche de deux mois et demi également spontanée et sans curettage ultérieur. L'étude de la grossesse actuelle montre une évolution sensiblement normale; l'état général de la femme est satisfaisant, l'examen des urines est normal, et surtout une réaction de Bordet-Wassermann pratiquée au début de la grossesse se révèle négative. Un fait,

cependant, attire d'emblée l'attention, c'est l'existence d'une malformation utérine manifeste : l'utérus apparaît étalé transversalement. Un examen pratiqué à huit mois et demi, le 13 décembre fournit les renseignements suivants :

— l'utérus est cordiforme, bicorne, en cœur de carte à jouer comme le montre le schéma ci-dessous.



— le palper, d'ailleurs difficile, découvre un pôle qui semble être une tête dans la corne utérine droite, un autre pôle dans la corne utérine gauche, un dos en avant, et rien au-dessus du détroit supérieur.

— l'auscultation se révèle positive.

— au toucher vaginal, on note la vacuité de l'excavation, un col fermé. Une exploration méthodique montre l'existence d'un bassin canaliculé. Le sacrum est redressé et l'on atteint le promontoire à 11 centimètres.

Le 25 décembre, la femme étant à terme puisqu'elle vit ses dernières règles du 3 au 8 mars, on observe un début de travail : l'utérus présente des contractions douloureuses espacées de 4 à 5 minutes avec mauvais relâchement intercalaire. Les bruits du cœur sont nettement perçus sous-ombilicaux droits. Le palper est toujours très difficile; on ne sent pas de présentation au détroit supérieur et il semble que la tête soit dans la corne utérine droite. A un toucher vaginal pratiqué vers 19 heures, on trouve un col souple dilaté à petite paume, une poche des eaux intacte et tendue; de plus, on perçoit au travers des membranes un membre replié, vraisemblablement un coude. C'est alors qu'en présence de telles conditions : présentation de l'épaule,

bassin canaliculé, on décide de pratiquer une césarienne basse : après incision ombilico-pubienne, et décollement facile du péritoine intervésico-utérin, on incise le segment inférieur qui est épais, et l'on découvre immédiatement un bras que l'on amène, puis l'autre, mais lorsque l'on cherche à atteindre les pieds, on se trouve en présence d'un anneau de rétraction à la limite du corps et du segment inférieur serré de façon telle qu'il est impossible d'engager la main dans le corps utérin. On agrandit alors l'incision abdominale de 5 centimètres au-dessus de l'ombilic, on décolle le péritoine juste sur la face antérieure du corps utérin, et l'on incise l'utérus. Celui-ci apparaît alors rétracté dans son ensemble et le liquide amniotique fortement teinté. On atteint alors un genou et par tractions dans le creux poplité, on arrive à dégager un pied. A l'aide de tractions exercées sur ce pied, on fait subir au fœtus son évolution, mais celle-ci ne peut s'effectuer qu'à la suite de tractions importantes : l'extraction s'opère ensuite sans difficulté, mais l'enfant ne présente plus de battements cardiaques.

La délivrance elle aussi, s'avère difficile du fait de la rétraction utérine. Elle montre un cordon infiltré, excentrique.

L'examen de l'enfant note une déformation de la tête, une atrophie des muscles de la loge postérieure du cou du côté droit, un hémithorax gauche plus développé que le droit. Vu par l'arrière, tout l'hémithorax droit ainsi que les muscles de la gouttière paravertébrale du même côté apparaissent atrophiés. La main gauche est botte. Le rapport fœto-placentaire apparaît normal.

En définitive, les difficultés rencontrées au cours de l'extraction permettent d'observer que, au cas où une nouvelle césarienne serait nécessaire, il y aurait intérêt vraisemblablement à pratiquer d'emblée une césarienne corporéale. Il n'est pas avéré cependant dans le cas particulier que ce soient les difficultés d'extraction inhérentes à l'incision basse qui aient entraîné la mort du fœtus.

La malformation utérine manifeste ayant elle-même

entraîné des déformations fœtales, l'état de rétraction particulièrement intense de l'utérus, suffiraient certes à expliquer la souffrance et la mort fœtale un certain temps avant l'extraction.

L'étude de ces quelques observations découvre la pluralité des causes inhérentes à la mortinatalité.

Nous nous proposons de reprendre chacune des étiologies essentielles en essayant de les grouper suivant leur genre et leur importance. Nous inspirant d'une classification opérée par MM. Robert DEBRÉ, Pierre JOANNON et M. T. Alcan CRÉMIEU, nous distinguerons des causes anobstétricales et des causes obstétricales.

Le tableau ci-dessous rend compte d'ailleurs des chiffres relevés dans notre service.

	TOTAUX	POURCENTAGES (sur 2.400 accouchements)
Nés-morts + morts avant 24 heures	89	3,7 p. 100
Nés-morts	76	3,17 p. 100
Morts avant 24 heures	13	0,54 p. 100

Causes		TOTAUX (sur 89 cas)	POURCENTAGES
anobstétricales	Cas dus à la syphilis	18	20,2 p. 100
	Toxémie	13	14,6 p. 100
	Malformations congénitales	5	5,6 p. 100
	Cas particuliers	3	3,4 p. 100
	Cas imprécis	20	22,5 p. 100
	Total	59	
obstétricales	Traumas obstétricaux	13	14,6 p. 100
	Infection ovulaire	5	5,6 p. 100
	Causes inhérentes au cordon	6	6,75 p. 100
	Gémellité	4	4,5 p. 100
	Malformations utérines	2	2,25 p. 100
	Total	30	

Causes anobstétricales.

Parmi celles-ci, la première place revient sans conteste à la syphilis. Il n'est pas besoin d'insister longtemps sur la part imputable à la syphilis dans les avortements spontanés; au cours d'une enquête effectuée en 1946 dans les hôpitaux de Paris, on estimait cette proportion à un quart; et puisque l'estimation des avortements spontanés observés chaque année en France porte sur un chiffre d'environ 150.000, on conçoit que l'épithète de « grande avorteuse » attribuée à cette redoutable affection ne soit pas un vain mot.

Si la syphilis frappe aussi durement le fœtus non viable, c'est-à-dire en-deçà de six mois de gestation, elle n'en épargne pas moins le fœtus viable entre six et neuf mois. La gravité de l'affection n'échappe d'ailleurs à personne, et certains auteurs lui confèrent même une importance exceptionnelle, comme en témoigne cette phase de DEBRÉ et JOANNON : « La part de la mortinatalité attribuable à la syphilis nous paraît importante; dans les secteurs français, cette infection a été considérée comme responsable de presque la moitié de la mortinatalité anobstétricale, et d'environ un quart de la mortinatalité globale ». Nos propres statistiques (cf. tableau) établissent des chiffres inférieurs — et à ce point de vue encourageants —, mais il est certain que sous la rubrique « cas imprécis » il faille isoler un certain nombre de cas douteux probablement imputables en définitive à la syphilis. Il demeure parfois en effet assez délicat de rapporter la mort fœtale à sa cause.

Dans certains cas, la preuve de la syphilis est faite sans difficulté — c'est le cas où l'on possède la notion de contamination des procréateurs. L'observation n° 1 nous a fourni un exemple de syphilis maternelle contractée quelques années auparavant. De même l'observation 1.022 : « mort non macéré au terme de sept

mois; la mère est porteuse d'une syphilis manifeste non traitée; le B. W. est fortement positif », et l'observation 115 « enfant né à terme pesant 3.170 gr., porteur d'un gros foie et d'une grosse rate, ainsi que des taches purpuriques disséminées. L'interrogatoire retrouve chez la mère et chez le procréateur des antécédents de syphilis traitée ».

C'est le cas de la constatation d'une syphilis cutanéo-muqueuse chez la mère; — c'est le cas de la découverte d'un B. W. positif, avec les quelques réserves qu'appelle cet examen sérologique et que nous verrons ultérieurement —. C'est le cas enfin d'une syphilis fœtale évidente chez un fœtus porteur de manifestations cutanéo-muqueuse typiques, telles le pemphigus palmo-plantaire réalisant les syphilides papulo-bulleuses bien connues, telles les syphilides papuleuses envahissant la face et la région fessière, alors que le foie et la rate sont augmentés de volume.

Certains cas au contraire sont moins évidents et demandent interprétation. Tels sont, par exemple, les cas où la femme présente des antécédents suspects, où l'on note, dans les antécédents, plusieurs accouchements prématurés ou encore une polymortalité fœtale.

Parfois, ce seront certains signes tels que disproportion fœto-placentaire, hépato et splénomégalie chez le fœtus, hydramnios, qui feront suspecter la syphilis alors que les antécédents paraissent normaux et que le B. W. est négatif. Les quelques observations suivantes nous donneront une idée de ces cas difficiles.

Cas n° 68 :

Enfant né mort au septième mois, macéré, pesant 2.330 grs, la femme présente des antécédents suspects; elle aurait fait par ailleurs un avortement spontané; le B. W. est négatif; on ne trouve pas de disproportion nette.

Cas n° 272 :

Enfant né mort au terme de huit mois, pesant 2.880 grs,

macéré présentant une ascite et un gros foie; le B. W. est négatif.

Cas n° 1.031 :

Enfant né mort et macéré; on constate un gros excès de liquide, mais on ne découvre aucun antécédent pathologique; le B. W. est négatif.

Cas n° 1.164 :

Enfant né mort au huitième mois, pesant 2.360 grs, chez lequel on retrouve un gros foie. La femme présente dans ses antécédents trois accouchements d'enfants nés morts dans les mêmes conditions. On constate enfin une forte disproportion placentaire; le B. W. est négatif.

Cas n° 1171 :

Enfant né mort, macéré, au huitième mois, on retrouve dans les antécédents de la femme un avortement spontané; le B. W. est négatif.

Cas n° 739 :

Enfant cyanosé dès la naissance, mort au bout de 17 heures; on note une forte disproportion fœto-placentaire.

Cas n° 943 :

Enfant restant cyanosé après désobstruction, présentant une épistaxis, mort 15 heures après la naissance; là encore, on note une disproportion fœto-placentaire très importante.

Quelle valeur relative peut-on accorder à chacun de ces signes ? Il va sans dire que dans certains cas on aura pu réunir un faisceau d'arguments suffisant pour poser le diagnostic. L'observation 1.164, où l'on retrouve, en plus des antécédents suspects, un gros foie chez le fœtus et une forte disproportion fœto-placentaire, nous en fournit un exemple. Mais dans d'autres cas, plus nombreux, chaque signe apparaît isolé.

L'hépatomégalie, très fréquente chez l'hérédosyphilitique, constitue un signe de grosse valeur d'autant qu'elle se trouve associée à une splénomégalie réalisant le syndrome spléno-hépatique. L'hypertrophie placentaire isolée constitue de même un élément étiologique important lorsqu'elle est nette, le placenta atteignant pondéralement le cinquième, voire même le quart de l'enfant.

Certains signes, bien que moins fidèles, peuvent cependant être retenus; un excès de liquide important, un melœna généralement peu abondant, certaines lésions anatomiques découvertes à la vérification, surtout lésions du foie, de la rate, des poumons, réalisant le type anatomique de la « pneumonie blanche », auquel certaines cyanoses seraient liées, bien que la traduction clinique de ce type demeure en général imprécise. Enfin, on a voulu rapporter à la syphilis certaines anomalies ou monstruosités fœtales, telles la gémellité, l'hydrocéphalie, le bec de lièvre, les cardiopathies congénitales, mais la preuve reste fort difficile à établir dans la majorité des cas.

Dans notre classification, nous avons placé au second rang la toxémie gravidique avec un pourcentage de 14,6 pour cent sur le total des morts observées. Sous ce terme de toxémie, nous entendons tous les phénomènes d'intoxication liés au dysfonctionnement de l'appareil rénal et dont le symptôme princeps demeure l'albuminurie.

C'est RAYER qui, le premier, en 1840, avait attiré l'attention sur la fréquence de la présence d'albumine dans les urines de la femme enceinte, et insisté sur l'importance de ce signe traduisant dans tous les cas une atteinte — tant légère soit-elle — de la cellule rénale. Cette lésion minime était d'ailleurs confirmée par la coexistence dans nombre de cas d'une cylindrurie et d'une certaine leucocyturie. On comprenait dès lors la nécessité impérieuse d'examiner à intervalles

rapprochés les urines de toute femme enceinte, afin de dépister précocément une atteinte de la cellule rénale et d'en prévenir les effets.

Il va sans dire que, s'il convient d'examiner avec soin les urines d'une femme enceinte, cette recherche devra être conduite avec plus de minutie encore si l'on découvre des œdèmes aux malléoles, à la face, venant traduire le syndrome chlorurémique de Widal, si des troubles digestifs avec torpeur inhabituelle, un prurit, viennent mettre sur la voie d'une rétention azotée, ou si encore quelques signes bien particuliers tels que céphalée, vertiges, bourdonnements d'oreilles, orientent vers une élévation anormale de la tension artérielle. Quoi qu'il en soit, et même dans les cas où l'albuminurie gravidique demeure non confirmée, elle n'entraîne pas moins un pronostic sérieux pour la mère, et surtout pour le fœtus qui, s'il ne succombe pas, est appelé à se mal développer et à constituer ces fœtus malingres que PINARD qualifiait de « fœtus araignée ». Dans l'observation n° 2, nous avons étudié un cas d'albuminurie gravidique ayant entraîné l'expulsion prématurée d'un macéré. Les cas suivants viendront à l'appui de cette observation.

Cas n° 914 :

Enfant né mort macéré au terme de sept mois; une albuminurie importante a été observée au cours de la grossesse.

Cas n° 1.825 :

Enfant né mort, macéré au terme de sept mois et demi, une albuminurie massive a été observée.

Cas n° 2.110 :

Accouchement prématuré au huitième mois d'un fœtus macéré chez une III^e^ pare de trente-trois ans.

Cas n° 1.425 :

Enfant pesant 1.460 grs, né au sixième mois, d'une mère albuminurique chronique, et ayant vécu 4 heures 30.

Grave en elle-même, l'albuminurie gravidique voit encore son pronostic assombri par la possibilité de redoutables complications.

L'éclampsie convulsive, bien qu'en forte régression depuis la fin du siècle dernier reste un accident toujours à craindre chez une femme albuminurique hypertendue. L'observation n° 4 nous a fourni un exemple de mortalité fœtale chez un éclamptique. Les deux cas suivants viendront donner confirmation de la gravité du pronostic pour le fœtus et parfois pour la mère.

Cas n° 860 :

Enfant né mort au terme de huit mois; l'enfant non macéré est porteur d'un pied bot du côté droit; la mère a présenté plusieurs crises d'éclampsie ayant entraîné l'issue fatale après l'accouchement.

Cas n° 894 :

Enfant né mort à terme, macéré; la mère a fait des crises éclamptiques.

Une statistique établie à la clinique Baudelocque établissait une mortalité générale de 15 pour 100 chez les femmes ayant eu des accès éclamptiques, et de 30 pour 100 pour le fœtus; mais on constate depuis de nombreuses années une diminution importante de la mortalité liée à l'éclampsie.

La deuxième complication importante de la toxémie gravidique est représentée par l'hématome rétro-placentaire qui réalise un syndrome hémorragique lié non pas à une lésion placentaire purement locale, mais comme l'a établi Couvelaire à une véritable apoplexie placentaire avec ses signes locaux utérins et son état de shock intense. Si le pronostic maternel est sérieux dans la majorité des cas du fait des accidents initiaux, hémorragie et shock, et peut-être surtout des accidents de suites de couches, tels que phlegmatia et phlébites

utéro-pelvienne, le pronostic est surtout grave pour le fœtus qui succombe dans de nombreux cas, soit du fait de l'hémorragie et de l'insuffisance de l'hématose, soit du fait de l'intoxication gravidique, comme ce semble être le cas dans notre observation n° 3 où la femme présentait une albuminurie massive et où les bruits du cœur fœtal n'étaient pas perçus à l'entrée de la femme dans le service.

Enfin, la toxémie gravidique pourra encore donner lieu à d'autres accidents, en premier lieu la neuro-rétinite néphrétique gravidique pouvant aboutir à de très graves désordres visuels, enfin hémorragies diverses, en particulier hémorragie cérébrale brutale, troubles nerveux et digestifs variés, insuffisance cardiaque, tous accidents ayant naturellement leur répercussion sur l'état de la mère et du fœtus.

Parmi les causes anobstétricales, nous avons placé en troisième lieu les malformations congénitales (pourcentage de 5,6 pour 100), liées à des tares familiales héréditaires ou à des influences incidentelles. Ce chapitre des plus complexes se confond d'une part avec l'étude des lois de MENDEL, et d'autre part avec l'incidence possible d'une maladie ou d'une intoxication aiguë ou chronique sur la constitution primitive de l'élément fécondant spermatozoïde ou ovule.

On conçoit donc que, parmi les maladies d'origine congénitale, certaines soient liées à une transmission par les gènes de caractères ancestraux particuliers ayant eux-mêmes pris naissance à la suite d'une incidence quelconque sur le patrimoine ancestral, et que d'autres au contraire soient liées à une affection ayant frappé l'embryon à un moment plus ou moins éloigné du début de la conception. Parmi ces dernières, certaines sont dues à une altération toxique du spermatozoïde ou de l'ovule, d'autres ont pour cause une maladie de l'embryon ou de ses annexes, endocardite, ascite, syphilis fœtale, altérations de l'amnios, amnio-

tites, brides, oligoamnios, hydramnios, susceptibles de créer des déformations plastiques diverses, des sillons, et même de véritables amputations dont beaucoup sont incompatibles avec la vie extra-utérine.

Un certain nombre de cas étudiés dans notre service fournissent des exemples de ces malformations : telle l'observation n° 9, exemple d'anencéphalie pour laquelle le processus inflammatoire destructeur de la moelle et du cerveau explique la non viabilité du fœtus, telle l'observation n° 11, exemple d'hydrocéphalie dont l'étiologie demeure encore obscure, telle enfin les observations suivantes, où il demeure parfois délicat de discriminer entre une cause locale actuelle et une anomalie de développement primitive de caractère héréditaire et familial.

Cas n° 228 :

Accouchement par les voies naturelles d'un fœtus né mort, présentant une malformation du membre supérieur gauche et un certain degré d'hydrocéphalie; on note un excès de liquide, mais l'étude des antécédents de la femme ne retrouve rien de particulier; le B. W. est négatif.

Cas n° 1.137 :

Accouchement normal d'un fœtus au terme de six mois, présentant un double bec de lièvre; rien d'anormal n'est signalé dans les antécédents de la femme; le B. W. est négatif.

Cas n° 1.773 :

Accouchement après version par manœuvres internes par grande extraction de siège pour présentation de l'épaule droite en dorso-postérieure : extraction d'un monstre présentant une ectromélie quadruple au terme de huit mois; aucun antécédent pathologique n'est signalé et la femme a présenté trois accouchements normaux antérieurs.

Dans notre étude des causes anobstétricales, nous avons enfin isolé quelques cas particuliers et un assez

grand nombre de cas imprécis. Parmi les cas particuliers nous avons relevé les quelques observations suivantes apportant un cas d'endométrite (observation n° 7) que nous avons étudié en détail, un cas de tuberculose (cas n° 89) : accouchement normal d'un enfant né en état de mort apparente. Malgré les soins apportés, l'enfant meurt en quelques minutes; chez cette VIpare, on retrouve quatre accouchements normaux et un prématuré de six mois. L'interrogatoire révèle que le procréateur est un tuberculeux dont l'affection paraît évolutive; — un cas de trauma accidentel (cas n° 1.569) : interruption de grossesse accidentelle après une chute dans un escalier; aucun antécédent particulier n'est signalé; accouchement spontané par le siège. Parmi les cas d'étiologie imprécise, un certain nombre se trouve en rapport avec des états de souffrance fœtale inexpliquée, tels les cas suivants :

Cas n° 29 :

Etat de souffrance fœtale manifeste, marquée par la teinte purée de pois du liquide amniotique; accouchement normal chez une IIe pare au terme de huit mois; l'enfant ranimé au bout de 10 minutes a vécu trois heures.

Cas n° 1.339 :

Application de forceps pour signes de souffrance fœtale; liquide teinté et modification des bruits cardiaque du fœtus; impossibilité de ranimer l'enfant.

D'autres sont liés à des états de cyanose inexpliquée, tels les cas suivants :

Cas n° 134 :

Enfant prématuré à huit mois, ayant présenté à la naissance un état de cyanose et ayant vécu quatre heures.

Cas n° 494 :

Après accouchement normal, état de cyanose inexpliquée; l'enfant a vécu 11 heures.

Cas n° 1.758 :

Accouchement au terme de huit mois chez une X^e^ pare; ne présentant aucun antécédent, d'un enfant présentant un état de cyanose accompagnée de vomissements de sang et de glaires; malgré les soins prodigués, l'enfant meurt au bout de 7 heures; la vérification pratiquée ne montre aucune lésion organiques : absence de lésion pulmonaire, aucune malformation cardiaque en particulier.

Enfin, certains cas demeurent absolument inexpliqués, en particulier accouchements prématurés, alors que l'étude approfondie des antécédents et l'investigation pathologique actuelle ne permettent pas d'attribuer la mort de l'enfant à une cause déterminée.

Quoi qu'il en soit, l'étude de ces quelques cas nous montre l'importance des troubles de la circulation fœto-placentaire et de la gêne apportée aux échanges gazeux fœto-maternels qui s'effectuent normalement à travers le syncytium placentaire, et l'on conçoit, malgré la résistance habituelle du fœtus à l'asphyxie, la gravité des signes prémonitoires de souffrance fœtale; expulsion de méconium, accélération et irrégularité du rythme cardiaque fœtal nécessitant la mise en œuvre d'une thérapeutique efficace, visant à terminer rapidement l'accouchement en évitant cependant toute action intempestive cause de traumatisme qui serait rapidement fatal.

Causes obstétricales.

Le plus fort pourcentage parmi les causes obstétricales est fourni, nous l'avons vu, par les « traumas obstétricaux ».

Ceux-ci surviennent dans la majorité des cas à la suite de dystocies liées soit à une viciation pelvienne, soit à une anomalie de taille ou de conformation du fœtus. Nous n'insisterons pas sur les causes nombreuses

de dystocies liées à une malformation du bassin, qu'il s'agisse de bassin rachitique plat ou généralement rétréci, de bassin lordotique, cyphotique, ostéomalacique ou vicié par luxation coxo-fémorale. Les vices de conformation du fœtus, longueur excessive de certains diamètres tels le bisacromial, hydrocéphalie, poids excessif du fœtus, sont à l'origine de nombreuses dystocies pour lesquelles un diagnostic non ou mal posé peut entraîner de graves conséquences. Parmi nos observations, nous relèverons les cas suivants :

Cas n° 159 :

Embryotomie à la suite de dystocie importante des épaules, non surveillée, chez un enfant mort, pesant 3.500 grs.

Cas n° 1.052 :

Grande extraction de siège complet sur un fœtus pesant 4 kgs; la rétention de la tête dernière au détroit supérieur nécessitant finalement une crâniotomie après mort du fœtus.

Cas n° 1.116 :

Version podalique pour présentation de l'épaule chez un fœtus au terme de sept mois, pesant 1.870 grs; le fœtus meurt au cours de l'extraction.

Cas n° 1.394 :

Rétraction du col sur tête dernière d'un fœtus au terme de sept mois, pesant 2.340 grs. et ayant occasionné la mort de ce fœtus.

Cas n° 1.799 :

Siège décomplété chez un prématuré de sept mois et demi; l'enfant n'a pu être ranimé, le rapport fœto-placentaire 2060/390 est sensiblement normal; on ne retrouve aucun antécédent suspect; le B. W. est négatif.

L'infection ovulaire, les accidents inhérents au cordon, l'état gémellaire, les malformations utérines, cons-

tituent enfin des causes accessoires certes mais non négligeables de mortalité fœtale.

L'observation n° 7 nous a fourni un exemple d'infection secondaire à une rupture prématurée des membranes avec anomalies de dilatation. Les quatre cas suivants viendront à l'appui de cette observation.

Cas n° 141 :

Césarienne après non progression du fœtus et infection ovulaire; impossibilité de ranimer l'enfant.

Cas n° 404 :

Après arrêt du travail, infection ovulaire ayant nécessité, pour extraire le fœtus, une incision du col et une basiotripsie.

Cas n° 979 :

Insertion basse du placenta constituant un obstacle praevia; non progression du travail, infection ovulaire et mort du fœtus nécessitant son extraction après dilatation du col au ballon de Champetier de Ribes et basiotripsie.

Cas n° 2.140 :

Accouchement pratiqué en ville sans les soins aseptiques nécessaires : infection ovulaire et mort du fœtus.

L'observation n° 9 nous a montré quelles conséquences fatales pouvait avoir un vice de position du cordon ombilical troublant le jeu de la circulation fœto-maternelle. L'examen des cas suivants vient confirmer le danger que comporte toute procidence ou latérocidence ou encore des circulaires serrées du cordon.

Cas n° 809 :

Procidence du cordon à dilatation complète chez une IV^{e} pare : on note l'absence de battements du cordon, attestant la mort de ce fœtus à terme; l'accouchement se produit par la suite normalement.

Cas n° 831 :

Procidence du cordon, réduction manuelle de cette procidence; expulsion spontanée d'un fœtus mort chez une X^e^ pare.

Cas n° 1.270 :

Après constatation d'une procidence du cordon : version podalique, mort en cours d'extraction d'un fœtus pesant 3.670 grs.

Cas n° 1.416 :

Procidence du cordon, accouchement normal d'un fœtus présentant un début de macération.

Cas n° 1.337 :

Souffrance fœtale chez une X^e^ pare secondaire à une triple circulaire serrée du cordon ayant entraîné la mort du fœtus par asphyxie.

Enfin, quelques observations de jumeaux morts à la naissance, telle notre observation n° 10, et deux cas de malformations utérines, telle notre observation n° 11, montrent le risque que comportent d'une part tout accouchement gémellaire même lorsqu'il présente deux blocs placentaires, et d'autre part toute déformation de l'utérus gênant en quelque façon que ce soit le développement normal du fœtus.

Telles sont les différentes causes de mortalité fœtale que nous avons relevées. Nous pourrions citer d'autres cas relativement rares que nous n'avons pas rencontrés durant cette année 1946; tels ceux secondaires à l'alcoolisme, le saturnisme, les maladies infectieuses, la maladie de Bang.

Quoi qu'il en soit, un fait demeure, et il est essentiel, le pourcentage de mort-nés liés à des causes anobstétricales est sensiblement le double de celui lié aux causes obstétricales, et nous l'avons vu, la syphilis tient, si l'on peut dire, une place de choix parmi le groupe le plus important.

Nos statistiques globales nous ont donné un chiffre de 3,17 pour 100 de nés morts, auquel nous avons ajouté celui de 0,54 pour 100 pour les nouveau-nés morts avant vingt-quatre heures.

Quelques chiffres tirés de travaux antérieurs nous montrent que les taux posés par nos devanciers ne diffèrent pas sensiblement des nôtres :

— Statistique établie en France en 1930 : 3,7 pour 100;

— Statistique établie à Boucicaut (thèse de Triantofilopoulo) mortinatalité : 2,66 pour 100;

— Statistique établie à Saint-Louis (1936-1937) thèse Steiner de 1938, mortinatalité de 2,32 pour 100;

— Statistique établie à Lariboisière (en 1937) thèse Henriet de 1938 : 3,37 pour 100;

— Statistique établie à Baudelocque : de 1926 à 1928 : mortinatalité de 3,59 pour 100.

PROPHYLAXIE

Les statistiques que nous venons d'exposer montrent avec assez de lumière l'importance de l'enjeu et la portée nationale de la lutte contre toute cause de mortinatalité.

Possédons-nous à l'heure actuelle des armes efficaces permettant de lutter avec suffisamment de force contre les dangers qui menacent le fœtus au cours de sa vie in utéro ? Pouvons-nous espérer une décroissance nouvelle de la mortinatalité ? Le problème est certes tout autant social et éducatif que médical pur, et c'est à propos de chaque cause importante que nous nous proposons d'aborder les questions diverses qui se posent dans un but prophylactique, et l'effort qui reste à accomplir.

La syphilis demeure encore aujourd'hui le fléau social qu'il convient de combattre avec la dernière énergie. Les lois récentes sur la déclaration des maladies contagieuses, sur le certificat prénuptial, sur les visites prénatales visent toutes au même but : dépistage précoce en vue d'une thérapeutique immédiate.

Le certificat prénuptial, malgré les nombreuses controverses qu'il a pu soulever et qu'il soulève encore, n'en constitue pas moins un examen initial indispensable. Les réactions de Bordet-Wassermann et l'examen radiographique qui y sont exigés fournissent de puissants moyens de détection de la syphilis et de la tuberculose.

Certes, nous connaissons les imperfections de toute réaction sérologique et l'existence de fausses réactions sérologiques, et comme l'écrit CRAWFORD : « Le diagnostic de syphilis, sur la seule foi de la sérologie es hasardeuse. On ne saurait assez insister pour qu'un tel diagnostic sans autre consultation ne soit accepté qu'avec grande précaution ».

Cependant les causes d'erreurs demeurent très rares, et à côté d'affections connues donnant de fausses réactions telles les maladies tropicales, les infections aiguës graves, les infections bénignes, certains cas difficiles à interpréter, notamment chez la femme enceinte, chez les donneurs de sang, demeurent absolument exceptionnels. La réaction de Bordet-Wassermann réalise donc un progrès immense, véritable cloche d'alarme qu'il convient d'utiliser au maximum. Il est vrai qu'à l'opposé on a pu relever des cas de femmes présentant un Bordet-Wassermann négatif ne présentant aucun signe clinique de syphilis et donnant cependant naissance à des fœtus présentant les signes classiques d'hérédo-syphilis.

Dans le même ordre d'idées, la loi sur les consultations prénatales, ainsi que les quelques essais ten-

tés en vue d'instituer des consultations pour les procréateurs, constituent des progrès sociaux sensibles et dont la portée nous paraît immense. L'article V sur la protection des mères de la loi du 16 décembre 1942, stipule que « toute femme enceinte doit, pour bénéficier des allocations en argent versées par l'Etat, les collectivités publiques ou les Etablissements publics ,par les Caisses d'Assurances Sociales ou d'allocations familiale, suivre les conseils d'hygiène et de prophylaxie qui lui sont donnés par l'assistante sociale. Elle doit en outre faire l'objet d'au moins deux examens médicaux au cours de sa grossesse. » Il s'agit donc là d'examens de dépistage et de surveillance qu'une propagande bien conduite devrait faire admettre par les intéressées et approuver par tout le monde.. C'est, à notre sens, avant tout, au médecin de faire comprendre à la femme enceinte le caractère indispensable de ces visites et de l'analyse périodique d'urines qui s'y trouve adjointe.

Si en effet la réaction de Bordet-Wassermann et les examens cliniques prénataux permettent de dépister une syphilis, c'est aux examens successifs des urines que l'on demande de prévenir l'un des accidents les plus redoutables de la grossesse et de l'accouchement, la toxémie gravidique. La pathogénie de cette auto-intoxication demeure encore très discutée et l'on a incriminé successivement : le foie, le rein, un état anaphylactique, mais il n'en reste pas moins que le fait essentiel du point de vue pratique réside en une surveillance rigoureuse de la femme enceinte. Il est en effet exceptionnel de voir éclater dans les derniers mois de la grossesse ou au moment de l'accouchement un accident lié à cette intoxication : un contrôle rigoureux des urines, l'institution d'un régime sévère à la moindre alerte, l'application de mesures et d'hygiène générale, empêchent dans la grande majorité des cas leur éclosion.

La prophylaxie des malformations congénitales

demeure tout au contraire fort délicate. Bien que certains auteurs aient voulu attribuer de nombreux cas de monstruosités à une atteinte syphilitique, il demeure bien délicat d'en préciser l'étiologie. Dans la plupart des observations, on ne retrouve pas d'antécédents suspects; le B. W. demeure négatif et aucune tare particulière ne peut être la plupart du temps retrouvée dans l'ascendance. Il faut donc bien admettre que nous sommes à peu près désarmés devant de tels faits.

Dans les cas particuliers que nous avons notés, c'est bien entendu encore une fois la surveillance médicale au cours des visites prénatales qui pourra prévenir l'évolution d'une tuberculose, arrêter l'évolution d'une endométrite ou de toute autre infection.

Enfin, parmi les cas d'étiologie imprécise, il va sans dire que la fatigue maternelle, les privations ont joué pendant cette guerre et jouent encore à l'heure actuelle un rôle de premier plan. C'est assurément là un effort social d'une importance considérable qu'il conviendra de produire pour mettre toute femme enceinte dans les meilleures conditions matérielles pour supporter la grossesse, grâce par exemple à la création de maisons de repos et de surveillance pour celles d'entre elles qui ne présenteraient pas un état de santé suffisant.

Telles sont par conséquent les mesures déjà prises et l'orientation qui, à notre sens, doit être donnée pour réduire encore la mortinatalité par cause anobstétricale.

La prophylaxie des accidents obstétricaux n'est certes pas d'importance moindre. Cependant, s'il est bien évident que la justesse des indications opératoires comme l'à-propos des décisions thérapeutiques en cas d'arrêt de dilatation, avec ou sans rigidité du col, en cas d'inertie ou au contraire de contracture utérine, en cas de dystocie fœtale, a une portée considérable — toute action contraire pouvant entraîner une catastrophe —, il n'en reste pas moins que dans la majorité

des cas l'action propre de l'accoucheur n'est pas la base de l'accident fœtal. En effet, à l'origine d'une bonne part des accidents de causes obstétricales, se trouve une malformation du bassin de la femme. L'essentiel de la prophylaxie consistera donc à supprimer dans toute la mesure du possible toute cause de viciation pelvienne et avant tout de lutter dès la première enfance contre le rachitisme. Il conviendra donc d'éviter au nourrisson toute faute d'hygiène ou de régime, d'éviter l'allaitement artificiel, le sevrage prématuré, l'usage trop précoce des farineux, du pain, des farines lactées et de lui procurer l'air et le soleil indispensables à la genèse de la vitamine antirachitique. Dans le même esprit, c'est très précocement qu'il conviendra de dépister et de traiter une tuberculose osseuse commençante, qu'il s'agisse de coxalgie ou de mal de Pott. Quant à certaines déformations particulières comme celles, secondaires à une luxation congénitale de la hanche, à une paralysie infantile, à un défaut général de développement du squelette pelvien, on conçoit la difficulté d'une quelconque prophylaxie et la conduite à tenir sera essentiellement variable avec chaque cas envisagé.

Il demeure certes des cas imprévus, difficiles à diagnostiquer, où le praticien se trouve parfois pris de court, et c'est là que l'on entrevoit la nécessité de certains centres chirurgicaux spécialisés prêts à recevoir tous les cas difficiles nécessitant des interventions délicates.

Quoi qu'il en soit, il semble bien que ce soit en associant les deux disciplines sociale et médicale dans un but éducatif et de dépistage que l'on parviendra encore à réduire les taux de mortinatalité. De sérieux progrès ont déjà été réalisés en ce sens. Grâce à la surveillance prénatale, grâce aux moyens d'investigation de plus en plus puissants mis au service de la science, la mortinatalité a vu ses taux décroître de façon très sensible depuis le début de ce siècle. Alors

que les taux atteignaient fréquemment 5 à 5,5 pour 100, nous les avons vus tomber aux environs de 3 à 3,5 pour 100. Nous avons donc toutes raisons d'être optimistes, et d'envisager avec confiance l'avenir des naissances fançaises.

CONCLUSIONS

En recueillant et en étudiant les observations de mortinatalité durant l'année 1946 à la Maternité de Saint-Louis, nous avons essayé d'en dégager les causes principales et d'opérer une classification.

Les chiffres retrouvés ont été, nous l'avons vu, les suivants :

nés morts	3,17 pour 100
morts avant 24 heures	0,54 pour 100

les causes anobstétricales représentent près des deux tiers de la totalité des cas observés.

Les grandes causes classiques : syphilis, toxémie gravidique, traumas obstétricaux, demeurent toujours les plus incriminés.

Nos statistiques, comparées à celles des travaux antérieurs, tendent à montrer une certaine stabilisation des taux de mortinatalité depuis les vingt dernières années.

Une notion fondamentale se dégage de l'ensemble des différents cas observés : l'importance extrême d'une prophylaxie rigoureuse grâce à un effort social et éducatif constamment renouvelé.

Un certain nombre de lois récentes visant la protection de la future mère et du produit de conception, constituent une base de départ solide pour étendre progressivement la lutte engagée. L'impulsion est donnée. A tous ceux qui s'attachent à résoudre ce problème vital de suivre le chemin tracé.

Vu, le Doyen :
BINET

Vu, le Président de thèse :
LEVY-SOLAL

Vu et Permis d'Imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris :
CABANNES
Doyen de la Faculté des Sciences

BIBLIOGRAPHIE

ARDOUIN (Pierre). — De la mortinatalité dans les Deux-Sèvres et en particulier à l'Hôpital de Niort. (*Thèse,* Paris 1938.)

BOJKOVSKI. — Contribution à l'étude de la mortinatalité et de la mortalité infantile obstétricale. (*Thèse,* Paris 1938.)

COUVELAIRE. — Mortinatalité. (*Presse Médicale,* nov. 1921.)

DEBRÉ (Robert), JOANNON (Pierre) et CRÉMIEU (Alcan). — Mortalité infantile et mortinatalité. (*Masson,* Paris, 1933.)

HENRIET (René). — Contribution à l'étude de la mortinatalité d'après les statistiques recueillies à l'Hôpital Lariboisière. (*Thèse de Paris,* 1938.)

LE GOFF. — Contribution à l'étude de la mortalité dans les dix premiers jours de la vie. (*Thèse,* Paris 1932.)

RHEUTER. — Mortinatalité et mortalité précoce des nouveaux-nés. (*Le Nourrisson,* 1939.)

STEINER (Moïse). — La mortinatalité et la mortalité infantile précoce à la Maternité de Saint-Louis. Années 1936 et 1937. (*Thèse,* Paris 1938.)

IMPRIMERIE
R. FOULON
29, Rue Deparcieux, 29
PARIS (XIVe)